



TITLE:

ターミナルケアにかかわる看護師 のバーンアウトとSOC との関係に ついて

AUTHOR(S):

尹, 敏愛; 赤澤, 千春; 原田, 美穂子

CITATION:

尹, 敏愛 ...[et al]. ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトとSOC との関係につ
いて. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 : 健康科学 : health science
2010, 6: 9-14

ISSUE DATE:

2010-03-31

URL:

<https://doi.org/10.14989/108560>

RIGHT:

原 著

ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトと SOC との関係について

尹 敏愛*, 赤澤 千春**, 原田美穂子***

The Relation between the Burnout Score and the Sense of Coherence
(SOC) to Nurses who Worked in Terminal Care Unit

Mine YUN, Chiharu AKAZAWA and Mihoko HARADA

Abstract: This purpose of this study was to examine nurses who worked in terminal care unit has burnout score related to their Sense of Coherence (SOC) score. The subjects were 48 nurses working in 3 public hospitals or city. And there were 66 nurses working in one university hospital, the addition of 48 and 66 gives us 114 nurses. The scales used were the Pines's Burnout Inventory in Japanese and the SOC scale in Japanese. The results were as follows; 1) The attribute was significantly associated with religion. A parson who has religion was high burnout score and has low SOC total score with significantly. 2) A negative correlation was found between the burnout score and all items that were SOC score. These findings suggested that the nurses who worked in terminal care unit have low burnout score; therefore she has strength SOC ability. Finally, the nurse who has strength SOC ability dose not falls into a burnout.

Key words: Sense of coherence, Burnout, Terminal care

I. 序 論

近年、ターミナルケアの重要性が高まり需要も増加している。1990年には一定の基準を満たすホスピスや緩和ケア病棟に診療報酬が支払われ¹⁾、ホスピスや緩和ケア科などの病床数は15年間で10倍以上に増加しており、緩和ケアチームを設置する病院も増加傾向²⁾にある。看護師も疼痛緩和ケアを行うことが QOL (Quality of life) を向上させ、最期まで人間らしい生活を送ることができると感じており、そのためターミナルケアへの関心も高い³⁾。しかし、ターミナルケアに関わる看護師はバーンアウトに陥りやすいという問題も多く提起されている⁴⁻¹⁰⁾。バーンアウトは心的エネルギーを過度に要求された結果、極度の疲労と感情の枯渇を生じる症候群¹¹⁾である。ターミナルケアに関わる看護師は患者に最も近いところに存在し、患者と医療者の間、医療者同士の間で調整的役割を担うこと

で、無念さ、悲しみ、恐れに共感することが多い^{4,12-15)}ため、看護師のバーンアウト問題がほかの医療従事者より深刻であると指摘されている。看護師がバーンアウトを来たと、看護師本人の健康に害を及ぼすだけでなく、離職率が増加し、看護サービスの質の低下を招き、さらに離職率が増加するという悪循環を繰り返す¹⁶⁾という報告もある。この他、看護師のバーンアウトの要因に関する先行研究^{12,17-21)}では、職場環境(仕事量の負荷、人間関係、外科系病棟・内科系病棟などの所属勤務科…), ストレスの対処方法(話し相手の有無、趣味の有無…)など様々な要因が関与することが挙げられている。そこで、本研究では、バーンアウトとストレス対処能力に着目した。それは、人はストレッサーに直面すれば処理しなければならない緊張状態に陥るが、その結果が病理的なものになるか、中立的なものになるか、それとも健康的なものになるかは緊張をどう処理するかというストレス対処能力の適切さに依る²²⁾ためである。このことから、「ターミナル期の患者とその家族の苦悩や死」をストレスのかかる状況と考えたとき、個人的なストレス対処能力は注目すべき要素であると考えられる。しかし、ターミナルケアに関わる看護師を対象に、ストレスとバーンアウトの関連をストレス対処能力という点から調査したものはない。

以上より、本研究では、ターミナルケアに関わる看

* 東京大学医学部附属病院看護部
〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1

The University of Tokyo Hospital

** 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53

Human Health Science, Graduate School of Medicine, Kyoto University

*** 関西看護医療大学看護学部

〒656-2131 兵庫県淡路市志筑1465-4

Kansai University of Nursing and Health Sciences

護師のバーンアウトとストレス対処能力との関連を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の定義

1) ターミナルケアは末期医療を総称する用語であり、医療のみでなく人間的な対応の必要性を主張したものである。また、このほかにホスピスケア、緩和ケアという用語があるが、前者は終末期医療に全人的アプローチの必要性²²⁾を加えたもので、後者は治癒を目的とした治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアのことである。いずれも患者とその家族にとって最高の QOL を実現することである。

2) バーンアウトとは、人々を援助する仕事を長期に携わっているうちに、心的なエネルギーが過度に要求された結果、極度の疲労と感情の枯渇を主とする症候群¹¹⁾。

3) ストレス対処能力：SOC (Sense of Coherence：首尾一貫感覚)とは、健康社会学者であるアーロン・アントノフスキーが提唱した健康生成論の中核概念で、ストレス対処能力・健康保持能力概念として深められ、そのスケールが提案された²³⁾。

2. 調査期間および調査方法

2008年9～10月の期間、自記式留め置き法でアンケート調査を行った。対象者には本調査の主旨を理解し、調査協力に同意する場合、質問紙を記入し同封した封筒に入れてもらい、それを回収した。

3. 調査対象

地方都市3病院のホスピス病棟に勤務する看護師48名、A大学病院のターミナルケアの多い病棟に勤務する看護師66名の計114名を対象とした。基本属性は性別、経験年数、現在の勤務部署における在職年数（以下在職年数）、今まで看取った患者数、婚姻状況、宗教の有無、最近1ヶ月の休日日数、現在勤務している部署は自分の希望で入職したか（以下希望入職）について質問した。

4. 使用尺度

1) バーンアウト測定

使用尺度は、Pines らによって作成されたバーンアウト測定表を稲岡らが翻訳・修正したスケールを用いた。このスケールの信頼性と妥当性は Pines らにより検証されている^{11, 16)}。

(1) 全部で21の質問項目から構成されている。全ての質問に対し、「1：まったくない」から「7：いつもある」で答える。回答番号の数字が得点となる。バーンアウトスコアの最高得点は7点満点である。

(2) バーンアウトスコア

「a：健全群」：2.9以下…精神的に安定し心身ともに健全である。

「b：徴候群」：3.0～3.9…バーンアウトの徴候がみられる。

「c：バーンアウト群」：4.0以上…バーンアウトに陥っている。

2) ストレス対処能力：SOC 評価スケール

SOC 評価スケールの日本語版であり、13項目短縮版を使用した。SOC は、それぞれ有意味感、把握可能感、処理可能感の3つからなり、①有意味感 sense of meaningfulness：その要求、要請に対処することが自らの人生にとって意義のある挑戦であり、自己を投入して関わるに値するものであるという確信（感情的要素）、②把握可能感 sense of comprehensibility：人生にはしばしば健康に関わる要求、要請が存在するが、それには秩序があり予測と説明が可能であると理解する能力（認知的要素）、③処理可能感 sense of manageability：そのような要求に対応するためのリソースが手元にあり、有効な対処の手段をもって行動を起こすことが可能であるという感覚（対処的要素）という三要素から構成されている。スケールにはそれぞれの要素が約3分の1ずつ含まれている²³⁾。全ての質問に対し、表現の異なる回答がそれぞれ1～7の7段階あり、その数字の和の合計が得点となる。

5. 分析方法

対象者の属性とバーンアウト、SOC の関連についてはそれぞれ χ^2 、t 検定、一元配置分散分析、Pearson 相関を用いて解析した。統計処理には、SPSS16.0J for windows を用い、 $P<0.05$ で有意差ありと判定した。

6. 倫理的配慮

看護部長および看護師長を通して、研究への協力を依頼した。対象者には、研究の主旨、協力への自由意志の尊重、プライバシーの保護等について文書で事前に説明し、質問紙の回収をもって研究への同意が得られたと判断した。また、質問紙は、各自で封をして看護部長および看護師長が回収したものを郵送してもらった。

Ⅲ. 結果

1. 質問紙回収状況

質問紙配布数114部、回収数94部（回収率82.5%）であった。対象者には男性が1名含まれており、性の影響を除外するため、この1部と、欠損値の見られた3部を除いた90部（有効回答率78.9%）を分析対象とした。

2. 分析結果

1) 対象者の属性とバーンアウト得点、SOC 得点（表1, 2, 3）

対象の経験年数は平均10.7±7.7年で6年以上が7割を超えており、7割が希望して現在の部署に来てい

表 1 対象者の属性とバーンアウト得点と SOC 得点

n = 90

属性		全体 n (%)	バーンアウト合計得点			SOC 合計得点		
			平均値	標準偏差	P	平均値	標準偏差	P
経験年数平均 (年) 10.7 ± 7.7 年	2 年未満	6 (6.7)	4.04	0.98		51.17	8.61	
	2 年以上 6 年未満	18 (20.0)	4.38	0.79		49.67	7.47	
	6 年以上 15 年未満	43 (47.8)	4.16	0.94		52.72	8.53	
	15 年以上	23 (25.5)	3.87	0.92		54.43	8.33	
現在部署での在職年数 (年) 平均 (年) 2.5 ±	3 年未満	52 (57.8)	4.11	0.95		51.92	8.89	
	3 年以上	38 (42.2)	4.13	0.86		53.16	7.49	
今までみとった患者数 (人)	10 人未満	24 (26.7)	3.96	0.86		53.29	7.54	
	10 人以上 100 人未満	38 (42.2)	4.07	0.9		52.13	8.67	
	100 人以上	28 (31.1)	4.32	0.95		52.14	8.67	
婚姻状況	既婚	20 (22.2)	4	0.84		53.1	8.44	
	未婚	70 (77.8)	4.15	0.93		52.26	8.32	
宗教の有無	あり	6 (6.7)	5.11	0.66	**	44.83	4.31	*
	なし	84 (93.3)	4.04	0.89		52.99	8.27	
休日日数平均 9.5 ± 1.3 日	11 日未満	81 (90.0)	4.1	0.9		52.31	8.08	
	11 日以上	9 (10.0)	4.29	1.03		53.67	10.63	
希望入職	はい	64 (71.1)	4.19	0.88		51.77	8.14	
	いいえ	26 (28.6)	3.94	0.98		54.12	8.63	

* P<0.05, ** P<0.01

表 2 バーンアウト群別バーンアウト合計得点と SOC 得点

群	n (%)	バーンアウト (平均点 ± SD)	SOC (平均点 ± SD)
全体	90	4.12 ± 0.914	52.7 ± 9.78
a: 健全群	11 (12.2)	2.65 ± 0.27	62.82 ± 7.65
b: 徴候群	26 (28.9)	3.45 ± 0.36	58.96 ± 8.22
c: バーンアウト群	53 (58.9)	4.74 ± 0.92	47.53 ± 7.17

表 3 SOC 得点

n = 90

	平均値 ± 標準偏差
SOC	52.7 ± 9.78
有意味感 (me)	18.19 ± 3.80
把握可能感 (co)	18.99 ± 4.29
処理可能感 (ma)	15.52 ± 4.05

た。また、看取った患者も 100 人以上が 3 割を超えており、7 割が未婚で、宗教を持っていない者は 9 割以上であった。

バーンアウト群、徴候群、健全群それぞれの人数は 53 名 (58.9%)、26 名 (28.9%)、11 名 (12.2%) で、半数以上がバーンアウトに陥っているという結果であった。一般属性の分類ごとにバーンアウトの 3 つの群に属する人数での比較ではほとんど有意差は見られ

なかった。しかし、宗教に関しては、信仰する宗教のある者はない者よりバーンアウト得点が有意に高値を示した (P<0.01)。

SOC 合計得点の平均は 52.7 ± 9.78、有意味感 18.19 ± 3.8、把握可能感 18.99 ± 4.29、処理可能感 15.52 ± 4.05 であった。

対象者の属性と SOC の関連では、宗教の有る者の方が SOC 得点が 44.8 点と無しの者の 52.8 点よりも有意に低かった (P<0.05)。

2) SOC 得点とバーンアウト得点の関連 (表 4、図 1)

SOC 得点と 3 因子に対してのバーンアウト得点との相関関係をみたところ共に負の相関がみられた。バーンアウト得点と相関関係の強い順は SOC 得点 (r = -.754)、把握可能感 (r = -.681)、処理可能感 (r = -.497)、有意味感 (R = -.466) であった。

バーンアウトの 3 つの群毎の SOC 合計点での平均値はそれぞれバーンアウト群 47.53 ± 7.17 点、徴候群 58.96 ± 8.22 点、健全群 62.82 ± 7.65 点で群間で有意差を認め、バーンアウト群になるに従い SOC 得点が低い結果となった (P<0.05)。また、有意味感でも 3 群の間で有意に得点に変化しており、バーンアウト群になるに従い、点数は低くなっていた (P<0.01)。処理

表 4 バーンアウト得点と SOC 得点との相関

	SOC 得点	me 得点	co 得点	ma 得点
バーンアウト得点	-0.754***	-0.466**	-0.681***	-0.497***

(me: 有意味感, co: 把握可能感, ma: 処理可能感) を示す。** P<0.01, *** P<0.001

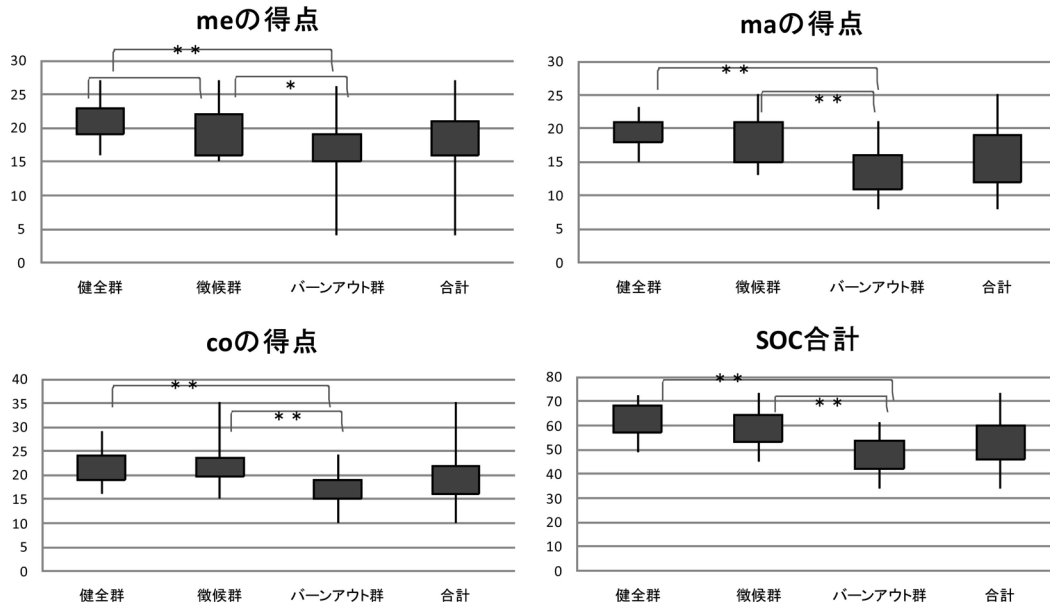


図1 バーンアウト群とSOC得点の関連 * P<0.05, ** P<0.01

可能感や把握可能感ではバーンアウト群と徴候群の間で点数が大きく変わっており、この要因がバーンアウトに傾いてしまう重要な要素であることが示唆された。

IV. 考 察

1. 対象者の属性とバーンアウト, SOCの関連

これまでの研究で、大学病院の看護師で、経験年数の少ない新人看護師¹⁶⁾や在職年数の長い管理職の看護職者¹⁷⁾、緩和ケア病棟看護師を対象とした研究があり、配偶者の有無¹⁹⁾や時間のゆとりの有無¹²⁾などがバーンアウトに関連するとされてきた。しかし、今回の調査では、「宗教の有無」以外の属性によるバーンアウトの要因はあまりないという結果であったが、信仰する宗教のある者は6人で全体の6.7%のため、この結果を持って宗教が影響するとは言いきれない。だが、宗教のある者の方がSOC得点が低かったという点は着目したい。これはSOC得点が低いからこそ宗教に救いを求めているとも考えられる。このことはさらに検討する必要がある。

2. SOCとバーンアウトの関連

同じPinesの調査紙を用いた民間病院に働く看護者195名のバーンアウトの結果で47.2%が健全群、徴候群が39.0%、バーンアウト群13.8%という報告がある²⁵⁾。また、これまでの先行研究では希望してその病棟に従事している者は希望せずに従事している者よりも有意にバーンアウトになる傾向が低いという結果があるが、今回の研究では、約7割の看護師は自ら希望してターミナルケアに関わる病棟に従事しているにも関わらず、全体のバーンアウト群58.9%と約6割を占めていた。SOC得点でも、先行研究の日本人女性

のSOC合計得点の平均値45.85点²⁴⁾に対して、今回の対象者の平均は52.7点でバーンアウト群でも47.53点と高かった。ターミナルケアに関わる看護師は、一般の日本人女性に比べて強いSOCの持ち主であると考えられるが、約6割がバーンアウトを来たしていた。このことから、人間の終焉を看取るターミナルケアに従事することは過度の心的ストレスが要求され、心的エネルギーの消耗が高く、疲労と感情の枯渇に陥る環境にあることを示している。

SOCとバーンアウトはSOC得点が高い方がバーンアウト得点も低くなり、バーンアウトの3つの群でも健全群からバーンアウト群になるほどSOC得点は低くなっていた。また、SOCの3つの要素でも感情的要素である有意味感、SOC得点と同じような傾向であったが、認知的要素の把握可能感や対処的要素の処理可能感では健全群と徴候群では得点にほとんど違いがないが、徴候群とバーンアウト群との間で違いが見られた。これは、バーンアウトになるに従い、「ターミナル期の患者とその家族の苦悩や死」という問題に挑戦し、エネルギーを投入する価値があると感じる感覚が減少してくることを示している。次に、把握可能感や処理可能感では「ターミナル期の患者とその家族の苦悩や死」という問題を、認知的に理解し予測できる感覚や乗り越えるために必要な資源（ヒト、モノ、自分の能力など）を自由に使えることができる¹⁶⁾、という感覚が徴候群まではあまり変わらないが有る一定の対処能力を超えるとバーンアウトになると考えられる。アントノフスキーはSOCを構成する3つの要素は密接に結びついているとして、SOCの3つの構成要素が相互間のバランスが保たれていれば、SOCは非常に安定したパターンで、世界を非常

に首尾一貫したもの、逆に矛盾に満ちたものとして予想しているとみなす²²⁾と述べている。今回の結果でも、徴候群では把握可能感と処理可能感は有意味感とバランスが取れておらず、有意味感が他の2つの同じように高く保たれれば、バーンアウトを予防できるのではないかと予測された。

ターミナルケアに関わる病棟で働くということは人間の終焉を看取るという過大な心的エネルギーを必要とすることであるが、一方で、安らかな死を迎えることができるようにそれまでの経験を生かした看護を発揮することができ、その成果が得られた時に看護師としての成長が望め、専門職として向上するための糧²⁶⁾ともなる。SOC は主として幼少期から若成人 (young adult) 期にかけて育まれ、変化しにくい、遺伝的な生得能力ではなく、むしろ生育過程によって生成する後天的な資質である²⁷⁾といわれている。ターミナルケアに関わるという困難な状況で、自分のストレス対処能力を自覚し、バランスを崩す要素の資質を発達させバランスを安定させることができるなら、高いバランスのとれた SOC の持ち主になれるのではないかと考えられる。ターミナルケアを継続させることが可能である看護師は、精神的負担となるストレスを自覚し適切に対処している^{28,29)}と報告もある。SOC の三因子のバランスを保つためにストレスの自覚を促すことが、安定したストレス対処能力保持に繋がり、さらにバーンアウトを予防することに有用となるかもしれない。継続してターミナルケアに従事するうえで有用であると考えられる。

V. 結 論

この研究により、以下のことが明らかになった。

1. 有意差を認めた属性は、宗教のみであった。信仰する宗教のある者は、ない者よりバーンアウト得点が高く、SOC 合計得点が有意に低値を示した。
2. バーンアウト得点と SOC 全ての項目において負の相関が認められた。このことから、ターミナルケアに関わる看護師はバーンアウト得点が低い者ほど強い SOC の持ち主であり、強い SOC の持ち主ほどバーンアウトに陥りにくいことが示唆された。
3. 有意味感が高まると徴候群からバーンアウト群への移行を遅らせることが示唆された。

VI. 謝 辞

この度の研究を終えるにあたり、研究実施に多大な尽力と快い承諾頂きました4病院5病棟の看護部長および看護師長、ならびに研究にご協力を頂きました看護師の皆様へ心から御礼申し上げます。ご多忙中ありがとうございました。

VII. 文 献

- 1) 日本看護協会編:平成11年版 看護白書 (I. ホスピスケア). 日本看護協会出版会, 1999: 83-92
- 2) 土橋律子:ターミナルを「黄金の時間」に. 訪問と看護, 2006: 11(10): 912-920
- 3) 石井英子, 福田由紀子, 山田裕子, 他:終末期医療に対する看護師の認識調査—緩和経験の有無による違い—. 日本看護医療学会雑誌, 2007: 9(2): 33-40
- 4) 田中英子:ターミナル期にある癌患者の不安の背景要因を探る—患者・家族・医療者—. Bulletin of Ginkyo College of Medical Science, 2001: 26: 39-50
- 5) 平井 啓, 柏木哲夫, 恒藤 暁:末期がん患者の認知的過程の評価. 心身医, 1998: 38(6): 407-414
- 6) 平野文子, 梶谷みゆき:告知を受けた終末期患者と看護婦の関係分析—看護婦の関わりに影響を与える要因—. 島根県立看護短期大学紀要, 1997: 2: 28-34
- 7) Linda H Aiken, 金井 Pak 雅子訳:国際的な病院アウトカム研究. 看護研究, 2007: 40(7): 4-16(574-586)
- 8) 前田祐子, 小堀栄子:非告知末期肝ガン男性患者とその家族の死の受容までの心理プロセス. 京都大学医学研究科, 1-2
- 9) 中村洋美:症状マネジメントの実際 I—痛み①. 月間ナーシング, 2004: 24(11): 72-79
- 10) Papadatou D, Papazoglou I, Bellali T, et al: Greek Nurse and Physician Grief as a Result of Caring for Children Dying of Cancer. Pediatric Nursing, 2002: 28(4): 345-353
- 11) 南 裕子:燃えつき現象の精神看護学的推論. 看護研究, 1988: 21(2): 12-19
- 12) 福島裕人, 名嘉幸一, 石津 宏, ほか:看護者のバーンアウトと5因子性格特性との関連. パーソナリティ研究, 2004: 12(2): 106-115
- 13) 梅原麻美子, 古瀬みどり, 松浪容子: A 県内の訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連. 北日本看護学会誌, 2007: 9(2): 27-33
- 14) 中島優子:一般病棟での緩和ケア—援助の限界を感じた事例からの一考察—. 看護学統合研究, 1999: 1(1): 80-84
- 15) Takashi Shimizu, Qiaoloan Feng, Shoji Nagata: Relationship between Turnover and Burnout among Japanese Hospital Nurse. Journal of Occupational Health, 2005: 47: 334-336
- 16) 大下佳代子, 佐々木とも実, 村上智恵美, 他:新人看護婦を取り巻くストレス—ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて—. 呉大学短期大学部, 2001: 2(2): 16-24
- 17) 太湯好子:看護職者の仕事に対する意識と燃えつき症候群の関連. 川崎医学会誌, 1997: 23(3): 143-154
- 18) 中村百合子, 山崎登志子, 糠信恵明, 他:慢性統合失調症患者の首尾一貫感覚 (Sense of Coherence) の特徴とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 31(4): 41-48
- 19) 和田由紀子, 小林祐子:バーンアウト (燃え尽き症候群) と対人関係—緩和ケア病棟に勤務する看護師の情動的共感性と他者意識—. 新潟青陵大学紀要, 2005: 5: 67-75
- 20) Eiko Suzuki, Ichiro Itomine, Yuka Kanoya, et al: Factors Affecting Rapid Turnover of Notice Nurses in University Hospitals. Journal of Occupational Health, 2006: 48: 49-61
- 21) 豊川信幸, 松田 修:看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究. こころの健康, 2005: 20(1):

- 25-35
- 22) アーロン・アントノフスキー：健康の謎を解くーストレス対処能力と健康保持のメカニズムー，2001，山崎喜比古・吉井清子，原著者まえがき2，本文25，35，有信堂2001
- 23) 山崎喜比古：健康への新しい見方を理論化した健康性正論と健康保持能力概念 SOC. *Quality Nursing*, 1999; 5(10): 81-88(825-832)
- 24) 松田久美子：看護者の Burnout とエコグラムに示される個人特性との関連. *看護研究*, 1988: 21(2): 61-68
- 25) 薬害 HIV 感染被害者（遺族）生活実態調査委員会編：薬害 HIV 感染被害者遺族調査の総合報告書ー3年にわたる当事者参加型リサーチー，2003
- 26) 濱口恵子（氏家幸子編）：成人看護学F. 終末期にある患者の看護（終末期にある患者・家族へのチームアプローチ）2. 廣川書店，2001：123
- 27) 岩井 淳，山崎喜比古：健康生成モデルと中心概念“Sense of Coherence”. *保健医療社会学論集*, 1997: 8: 54-61
- 28) 大山暁子：ターミナルケアに携わる看護師の精神的負担とケア継続要因. 日本看護学会編 *日本看護学会論文集 看護管理* 第36回，2005: 133-135
- 29) 大塚由紀，戸澤 礼，浦本潮美：看護師が患者に行っている感情労働ー日常の看護場面を通して. 日本看護学会編 *日本看護学会論文集 看護管理* 第36回，2005: 33-35